



# County of Fairfax, Virginia

## FORMULARIO PARA QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

El condado de Fairfax tiene dos procesos para proporcionar una resolución rápida para quejas en que un individuo alega cualquier tipo de discriminación prohibida por leyes y pólizas federales, del estado, y del condado en la provisión de servicios, actividades, programas o beneficios. Este formulario se usa para hacer una queja de discriminación basada en la edad, sexo, acoso sexual, raza, religión, credo, nacionalidad, estatus civil, color, afiliación política, o condición de veterano.

La ley Americans with Disabilities Act dirige el proceso para hacer quejas acerca de la discapacidad. Si un individuo quiere hacer una queja de ese tipo, tiene que llenar otro formulario identificado para eso. Para obtener ese formulario, favor de ponerse en contacto con un trabajador en la Oficina de Derechos Humanos y Programas Equidades.

Para ponerse en contacto con la Oficina de Derechos Humanos y Programas Equidades para más información y para obtener una copia del formulario correcto, llame al 703-324-2953, TTY 711 durante días de trabajo del condado entre las horas de 8:00AM a 4:30PM, o por correo electrónico a [EPDEmailComplaints@FairfaxCounty.gov](mailto:EPDEmailComplaints@FairfaxCounty.gov).

### Instrucciones:

Quejas debe de estar sometidos por escrito dentro de 60 días de trabajo (180 días calendarios para quejas acerca del departamento de Transit) después del hecho discriminatorio. El término "día de trabajo" significa los días lunes a viernes que no son días de vacaciones del condado. Después de recibir la queja, la oficina va a investigar las alegaciones.

Este formulario se utiliza conjunto con la póliza y proceso del condado de Fairfax para individuos que alegan discriminación en programas o servicios del condado.

### Demandante

### E-mail:

**Nombre:**

**Teléfono:**

**Casa:**  
**Trabajo:**  
**Celular:**  
**Best time to call:**

**Dirección:**

<b>Calle:</b> _____		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>

**Personas y departamento que supuestamente discriminaron:**

<b>Nombre:</b>	<b>Departamento:</b>	
_____		
<b>Calle:</b> _____		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Teléfono:</b>		

**Tipos de Discriminación (marque todos los que apliquen):**

- Raza \_\_\_\_\_  Condición de veterano  Afiliación política
- Color \_\_\_\_\_  Retaliación  Edad-Fecha de cumpleaños \_\_\_\_\_
- Nacionalidad \_\_\_\_\_  Sexo/Género  Otro: \_\_\_\_\_
- Religión \_\_\_\_\_  Acoso sexual  Otro: \_\_\_\_\_
- Credo \_\_\_\_\_  Estatus civil  Otro: \_\_\_\_\_

**Fecha(s) del acto(s) discriminatorio(s):**

\_\_\_\_\_

**Resumen de la queja: (adjunte más páginas si es necesario)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Remedio Solicitada:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Yo afirmo que he leído la queja anterior y confirmo que es la verdad según mi leal saber y entender.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Demandante**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Fecha**



**Este formulario está disponible en formato alternativo bajo solicitud. Favor de dirigir su solicitud a la División de Programas Equidades de la Oficina de Derechos Humanos y Programas Equidades, 12000 Government Center Parkway, Suite 318, Fairfax, VA 22035; 703-324-2953, TTY 711, o 703-324-3305 (Fax).**